Révision 29/01/2025

ITEM 108 et 343 : ÉTAT CONFUSIONNEL

Cette fiche reprend les connaissances des items 108 (item principal) et 343, ainsi que de l'item 132 (Troubles neuro-cognitifs)
Priorisation des rangs et des connaissances : Fiche LISA > Collèges (Neurologie > Gériatrie)

Syndrome confusionnel = altération modérée de la vigilance entraînant une **désorganisation globale des fonctions cognitives et comportementales.**
- **Dysfonctionnement cérébrale aiguë** grave responsable d'une augmentation de la **morbi-mortalité** dans l'année.
- Prise en charge **urgente nécessaire.**
- **Fréquent chez les plus de 70 ans** (30 et 40 % chez les hospitalisées, 50 % en post-opératoires et 70 % en réanimation) avec augmentation du risque de décès à 6mois, durée du séjour, passage en soins intensif, réadmission précoce, institutionnalisation.
- **Confusion** = possible **mode de découverte** d'une démence ou émailler le cours évolutif de celle-ci : toujours rechercher une MA ou une autre démence **à distance d'un épisode confusionnel** (3-6 mois après ++)

Niveaux de conscience :
- **Normal** : capable de focaliser, soutenir ou déplacer son attention.
- **Distractibilité** : fixation impossible de l'attention, mobilisée par tout nouveau stimulus.
- **Obnubilation** : répond et exécute les ordres avec lenteur.
- **État stuporeux** : réponses verbales ou gestuelles possibles aux stimuli extérieurs.
- **Coma** : réponses obtenues seulement par des stimuli nociceptifs.

PHYSIO

Mal connu, plusieurs systèmes impliqués :
- **Déficit en acétylcholine** → troubles de la cognition et de l'attention.
- Rôle des **cytokines pro inflammatoires** (IL8, IGF1, IL10, IL1…) → **neurotoxicité** directe.
- **Diminution métabolisme cérébral oxydatif.**
- **Élévation cortisol** (stress aigu) → pourrait **précipiter et/ou pérenniser** le syndrome confusionnel.

DIAGNOSTIC (DSM5)

Diagnostic exclusivement clinique +++ → DSM5 :
- A. Perturbation de **l'attention, de l'orientation** et de la **conscience** (réalisation de tests d'orientation temporo-spatiale pour s'en assurer).
- B. Installation sur un temps **court** (quelques minutes, heures, jours) et **changement** par rapport à **l'attention** et à la conscience préalable avec **fluctuations** au cours de la journée (interrogatoire d'un proche pour s'assurer de la rupture avec l'état antérieur).
- C. **Existence** d'une **autre perturbation cognitive** (déficit mémoire, orientation, langage, habileté visuospatiale…)
- D. Perturbations **pas mieux expliquées par l'existence d'un trouble neurologique préexistant.**
- E. Mise en évidence que la perturbation est la **conséquence directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance.**

Sous-types de SC

- **Confusion hyperactive** → agitation psychomotrice au premier plan.
- **Confusion hypoactive** → apathie, repli sur soi, ralentissement psychomoteur (mauvais pronostic).
- Forme **mixte.**

Dépistage

- Confusion Assessment Method (CAM) :
1. Début **aigu, fluctuation de l'évolution** / 2. Troubles **attention** / 3. **Désorganisation** du cours de la **pensée** ou **langage** / 4. Atteinte **vigilance.**
→ **Positif si 1 + 2 + (3 ou 4).**

DD

NB : rang A en gériatrie, rang C en neurologie : vu la disparité des rangs nous préférons laissé rang A
- **Aphasie de Wernicke** : propos incohérents, paraphrases, absence de compréhension, mais sans trouble de la vigilance, sans fluctuation nycthémérale et avec respect des autres champs cognitifs.
- **Trouble psychotique aigu** : décompensation psychotique, propos diffluent, avec éléments psychiatriques au 1er plan.
- **Ictus amnésique** : trouble aigu de l'enregistrement épisodique d'installation brutale, durant 6-8 h, spontanément réversible, sans confusion ni désorientation temporospatiale et avec vigilance conservée.
- **Syndrome démentiel** : trouble chronique (> 6 mois), d'apparition progressive, sans variation nycthémérale.

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

On se réf ère en gériatrie au **modèle 1+2+3 de Bouchon** où les facteurs 1 et 2 représentent les facteurs prédisposants à la survenue d'un syndrome confusionnel, les facteurs 3 les facteurs précipitants
- Facteurs prédisposants : âge ≥ **80** ans, **trouble cognitif** sous-jacent, **immobilisation**, déficit **sensoriel** (visuel/auditif), **dénutrition**, **polymédication**, **comorbidités** multiples, ATCD de confusion, troubles de **l'humeur**… *(1 facteur → risque x5 de confusion, 2 facteurs → risque x9 de confusion).*
- Facteurs précipitants (*toute situation aiguë en soit, cf dernier encadré*) : **infection**, pathologie aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique **CV/neuro/endocrino/digestive, déshydratation, douleurs**, **toxiques** (alcool +++), **chirurgie** avec anesthésie **générale**, contention, privation sensorielle, **iatrogénie** +++.

	Syndrome confusionnel fébrile	- **Méningoencéphalite jusqu'à preuve du contraire +++** ➝ PL au moindre doute avant scanner cérébral notamment si pas de déficit focalisé +++. - TTT anti-infectieux après la PL (sauf si **purpura fulminans**, **contre-indication à la PL** ou prise en charge hospitalière **> 90 minutes** ➝ TTT initié sans délai).
	Syndrome confusionnel non fébrile	Causes à évoquer : - **Toxique** : psychotropes, alcool, stupéfiants, médicaments… (sevrage ou excès de prise !) - **Métabolique** : acidocétose, coma hyperosmolaire, hypercapnie (décompensation BPCO), encéphalopathie hépatique… - **Neurologique** : hémorragie méningée, AVC, état de mal infraclinique, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, hématome sous-dural ou extradural…

PEC INITIALE	C		- Interrogatoire de l'entourage et des secouristes : antécédents, traitements, contexte, mode d'installation. - Examen général : signes généraux, infectieux, métaboliques. - Examen neurologique : niveau de conscience, cotation du score de Glasgow, signes de localisation, signes méningés, orientation étiologique. - Examen du scalp : signes de traumatisme récent, cicatrices de lésion ou d'intervention. - Examen digestif : abdomen chirurgical, troubles du transit.
	PC		- Bilan minimal : **NFS, ionogramme, créatininémie, calcémie, CRP, glycémie capillaire et veineuse, BU, saturation, ECG.** - Selon le contexte : RXT, TSH, bilan hépatique, **dosage de traitement, alcoolémie, hémocultures** en cas de fièvre, **GDS, ECBU, EEG** (si suspicion crise convulsive ou premier bilan négatif)**, PL.**
		Scanner cérébral	- En urgence : - Signes de localisation. - 1re crise d'épilepsie. - Traumatisme crânien. - Modification de l'état de conscience. - Céphalées brutales. - Suspicion d'hémorragie méningée. - Chute dans des circonstances peu claires. – Ttt anticoagulant - En 2de intention après exclusion des principales causes non neurologiques de confusion.
	TTT		➝ **Hospitalisation immédiate** généralement nécessaire (évaluation du retentissement à somatique de la confusion et de la cause de la confusion : recherche de facteurs de gravité cliniques ++). - Seul le traitement **étiologique** (correction du facteur précipitant ++) permet d'améliorer l'épisode confusionnel : régression en quelques jours.
		Mise en condition	- **Maintien de la nutrition** et **de l'hydratation**, si besoin par voie parentérale. - Installation au **calme**, en *chambre individuelle*, avec lumière **tamisée** et porte ouverte, éviter risque de fugue, maintenir **mobilité** physique, favoriser présence des **proches**, lutter contre **l'isolement sensoriel** (lunettes/prothèses auditives+++). - Surveillance régulière : conscience, constantes vitales, communication et explications régulières du personnel soignant (verbal et non verbal)
		En cas d'agitation ou anxiété majeure	- **Mesures non médicamenteuses de réassurance** en 1re intention. - **Sédatif** par voie orale +++ ou injectable : **benzodiazépines à demi-vie courte en 1re intention** (Alprazolam/Oxazépam), si agitation sévère ➝ **neuroleptique atypique** type rispéridone ou olanzapine (contre indiqué si démence à corps de Lewy). */!\ Pas d'atarax ou de cyamémazine car anticholinergiques !* - **Contention physique** : en dernière intention, sur prescription médicale, durée limité, surveillance spécifique, à risque d'aggraver la confusion. - Si délire/hallucinations : possible NL atypique type Rispéridone ou Olanzapine (petite dose, forme orodispersible ++ ou si pas le choix, ttt injectable comme Tiapride)
		Mesures associées	- Arrêt de tous les médicaments non indispensables. - **Perfusion glucosé + vitamine B1-B6** (1 g/jour) et **vitamine PP** (500 mg/jour) chez l'éthylique. - Evaluation du rappport B/R des actes invasifs (perfusion, sondage…) - Favoriser élimination (laxatifs, accès aux toilettes/pistolet…)
PREV	- Mesures non pharmacologiques : préservation **neurosensorielle**, mise en place **repères spatiotemporels** (calendrier+++), **mobilisation** précoce, respect du **sommeil**, **hydratation** et **nutrition** adéquats, éviter **iatrogénie.** ➝ ***Aucune mesure médicamenteuse*** n'a fait la preuve d'efficacité dans la prévention du syndrome confusionnel.		

CAUSES (SELON FICHE LISA)	Cause neurologique	- **Hémorragie méningée.** - **Méningite** et **méningo-encéphalite** : bactérienne, virale, parasitaire, prion. - Processus expansif intracrânien : **tumeur** (primitive ou MT), **abcès cérébral, hématome.** - **Infarctus cérébral** : du tronc cérébral, des noyaux gris de la base ou de grandes tailles. - **Thrombophlébite cérébrale.** - **Traumatisme crânien : hématome sous-dural, extradural** et **intraparenchymateux.** - **Épilepsie : confusion postcritique, épilepsie partielle complexe, état de mal.** - **Toute pathologie neurologique chronique** (SEP, Parkinson, Alzheimer…) avec un **stress** (fièvre déshydratation, etc.) - **Démence à corps de Lewy** = cas particulier avec une des présentations cliniques qui comporte la survenue **d'épisodes confusionnels itératifs** d'évolution spontanément favorable dont le bilan étiologique reste négatif
	Cause générale	- Trouble hydroélectrolytique : . **Hyponatrémie** ou **hypernatrémie.** . **Hypokaliémie.** . **Hypocalcémie** ou **hypercalcémie.** - Trouble glycémique : **hypoglycémie, décompensation acidocétosique** ou **hyperosmolaire.** - Endocrinopathie : **insuffisance surrénale aiguë, dysthyroïdie, insuffisance antéhypophysaire aiguë.** - Viscérale : **insuffisance hépatique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire** décompensée ou aiguë. - **Anémie.** - **Hypoxie/anoxie cérébrale** : arrêt cardio-respiratoire, état de choc. - **Hypercapnie.** - **Trouble de l'équilibre acido-basique.** - **Hypothermie.** - **Post-opératoire.**
	Cause localisée	= **Sd douloureux, rétention urinaire, fécalome, embolie pulmonaire, trouble du rythme…** - Surtout chez le sujet âgé ➝ toute confusion chez le sujet âgé nécessite un examen général.
	Confusion fébrile	- **Infection pulmonaire** ou **urinaire** : **NFS, VS/CRP, fibrinogène, hémocultures, ECBU, RP** systématiques. - **Méningite** ou **méningo-encéphalite** (signes méningés possiblement absents). - Confusion fébrile prolongée résistante au traitement : **foyer infectieux profond** = **endocardite, abcès.** - Confusion avec hypothermie : évoque un **choc septique à BGN.** - Autres causes fébriles : . Pathologie générale : **arthrite microcristalline, maladie de Horton.** . Toxique : **neuroleptique, anticholinergique, sevrage alcoolique.**
	Toxique	- **Alcool** : . **Éthylisme aigu** : possiblement avec d'autres causes intriquées (traumatisme, hypoglycémie…) . **Sevrage** : **pré-délirium** (sueurs, anxiété, tremblement) puis **delirium tremens** (confusion, délire onirique, agitation, trouble de la marche et de la parole, fièvre, déshydratation). - **Toxicomanie** : **cocaïne**, **opiacés** (pupilles en myosis), **LSD, amphétamine**… - **Intoxication au CO.**
	Iatrogène	= Tout médicament est potentiellement une cause de confusion, notamment aux changements de posologie/associations. - **Traitement à haut risque** : **anticholinergique**, **benzodiazépine**, **antiépileptique**, **corticoïdes**, **L-dopa**, **agoniste dopaminergique**, **antihistaminiques H2**, **digoxine**, **fluoroquinolone**, **lithium.** ➝ Ataxie, dysmétrie, tremblement : évocateur de **cause iatrogène** ou **toxique.** ➝ Mydriase bilatérale : évocatrice d'une **intoxication aux anticholinergiques** ou **sympathomimétique.** - **Sevrage : barbituriques**, **benzodiazépines**, **opiacés.**
	Carence	- **Encéphalopathie de Gayet-Wernicke** (carence en B1) : troubles oculomoteurs, signes cérébelleux, troubles de la marche. - **Pellagre** (carence en PP) : atteinte cutanée (desquamation, glossite), signes extrapyramidaux, diarrhée - **Carence en vitamine B12** ou **folates.** ➝ Prévention systématique chez tout patient dénutri ou éthylique chronique : apport systématique en vitamine B1-B6 (1 g/j) et PP (500 mg/j) IV.
		= Diagnostic d'élimination, parfois difficile chez un patient aux atcds psychiatriques.

	Confusion psychiatrique	En faveur d'une étiologie organique	- Onirisme avec hallucinations ou illusions (essentiellement visuelles). - Thème non spécifique. - Délire onirique non systématisé. - Sans idée d'influence ou d'automatisme mental.
		En faveur d'une étiologie psychiatrique	- Polymorphisme des mécanismes délirants. - Hallucinations auditives. - Multiplicité des thèmes.
	➞ Les causes **métaboliques** et **toxiques** sont les plus fréquentes. ➞ Plusieurs causes peuvent être associées chez un patient.		